

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

365

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mohamed Habib THAMER

né le 4 avril 1909

à Tunis

**La lutte antituberculeuse
en Tunisie**

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade

302



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554632_0040

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mohamed Habib THAMER

né le 4 avril 1909

à Tunis

**La lutte antituberculeuse
en Tunisie**

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade

Le Doyen TIEFFENEAU

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHOL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAM.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIEFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLEC.
	MATTEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMAND.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OABRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Piette Du VAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	LAUBRY.
	GROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
BARIÉTY Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BOULIN Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
COSTE Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
FEY Otologie.
FUNCK Pathologie chirurgicale
GALLIARD Parasitologie.
GUSTINEL Bactériologie.
DE GAUBART D'ALLAINES... Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.
DE GENNES . . . Pathologie médicale.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN . . . Anatomie pathologique
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . . Obstétrique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} LÉVY Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉCAUX . . . Pathologie chirurgicale
MOLLARET . . . Pathologie médicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale
MORQUIN Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE . . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
TROIISIÈRE . . . Pathologie expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILEY-BERT. Physiologie.
GUÉNIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER . . Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale
LE LORIER Obstétrique.
SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL . . . Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE . .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT . . .			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRERE ABDELHAMID

Affection et vive gratitude.

A MES COMPAGNONS D'ARCUEIL

A TOUS MES AMIS

A L'ASSOCIATION DES ETUDIANTS

MUSULMANS NORD-AFRICAINS EN FRANCE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris,
Président de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,

*qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE LE DOCTEUR ALI SAKKA

Chevalier de la Légion d'honneur,
Médecin chef du service de la Tuberculose
à l'hôpital franco-musulman de la Ville de Paris
et du Département de la Seine.
Médecin chef des dispensaires antituberculeux
de l'Office public d'Hygiène sociale de la Seine,
Médecin chef du Sanatorium d'Ormesson.

*qui a bien voulu nous accepter comme interne
dans son service à l'hôpital franco-musulman, et
qui nous a toujours entouré de sa sollicitude et
nous a guidé de ses excellents conseils.*

Faible témoignage de notre reconnaissance.

A MES MAITRES D'EXTERNAT AUX HOPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

A TOUS MES MAITRES DE STAGE DES HOPITAUX DE PARIS.

A TOUS MES MAITRES DE L'HOPITAL FRANCO-MUSULMAN

INTRODUCTION

La Tunisie, pays de 2.608.313 habitants, abrite une population composée en majeure partie de musulmans tunisiens (2.335.623), d'israélites tunisiens (59.485) et d'européens (213.205) (1). Chaque élément vit complètement à part, séparé des autres par des cloisons étanches, avec ses mœurs et coutumes, sa religion, sa langue, sa mentalité.

La lutte antituberculeuse telle qu'elle est conçue actuellement, basée avant tout sur la prophylaxie sociale, ne peut être menée à bien et donner les résultats attendus que si elle tient compte de toutes ces considérations; elle doit donc employer des méthodes propres à chacune de ces populations.

D'ailleurs, la Ligue antituberculeuse de Tunisie,

(1) Dernier recensement (12 mars 1936).

créée en 1932, après quatre années de tâtonnements, a fini par comprendre qu'un programme unique appliqué invariablement à tous ne peut qu'échouer.

D'autre part les musulmans constituent les 9 /10 de la population du pays; et la mortalité par tuberculose chez eux est beaucoup plus élevée que chez les autres éléments de la population tunisienne. A tel point qu'on a pu dire si justement « que la lutte antituberculeuse en Tunisie est un problème essentiellement musulman » ¹. Aussi, nous ne nous occuperons ici que de l'élément musulman.

Pour faciliter notre exposé, il nous paraît nécessaire de rappeler certaines notions fondamentales, admises par tous. La lutte antituberculeuse est basée sur ce principe essentiel que la *contagion* est le facteur de propagation de cette maladie, et tous les efforts doivent tendre à combattre cette contagion. Aussi les instruments de la lutte antituberculeuse universellement employés sont les suivants :

Le dispensaire, en premier lieu, organe essentiellement de dépistage de la tuberculose.

Le sanatorium et l'hôpital, organes d'isolement et de traitement.

Les organismes de préservation de l'enfance, étant donné que la contagion est plus fréquente pendant l'enfance.

La propagande éducative de la masse, pour faire

(1) Voir rapport des Drs Masselot et Bloch au VIII^e Congrès national de la Tuberculose (avril 1935, Marseille).

connaître cette maladie, sa gravité et les moyens de se prémunir contre elle.

Nous nous efforcerons de suivre ce plan dans les différents chapitres que nous allons développer.

Dans notre exposé nous parlerons d'abord de la tuberculose chez les musulmans et des facteurs qui ont favorisé sa propagation rapide et inquiétante parmi cette population. Nous examinerons ensuite, en toute impartialité, l'armement antituberculeux actuel de la Tunisie, que nous essayerons de critiquer. Dans un 3^e chapitre, nous montrerons les grandes difficultés que rencontre toute tentative d'organisation de la prophylaxie antituberculeuse en milieu musulman. Nous terminerons notre exposé en traçant une esquisse de programme d'organisation de la lutte antituberculeuse à réaliser par étapes successives, la première comportant toutes les mesures urgentes qu'il y a lieu de prendre pour arrêter ce fléau dans son essor destructeur.

Certes, nous n'avons pas la prétention de vouloir préconiser un programme complet de réformes; nous essayerons de donner des suggestions bien modestes, inspirées de l'organisation de la lutte antituberculeuse en France, en tenant compte des possibilités budgétaires du pays et de son degré d'évolution sociale et intellectuelle. D'ailleurs il serait vain de notre part de vouloir calquer d'emblée les organisations les plus perfectionnées et les plus modernes. Nous nous efforcerons au contraire de préconiser un mode d'organisation appro-

prié à l'état actuel des choses, pouvant être mis en exécution facilement et rapidement, quitte à reprendre la question plus tard, pour appliquer à notre pays le système type adopté partout ailleurs.

De toute façon, la seule récompense que nous attendons de notre petit travail, c'est de pouvoir attirer l'attention des autorités responsables sur la gravité de ce fléau social qui décime littéralement notre population et prend des proportions de plus en plus inquiétantes.

LA TUBERCULOSE ET LES MUSULMANS

La lutte antituberculeuse en Tunisie, répétons-le encore, est un problème essentiellement musulman.

En effet, les musulmans constituent les 95 % de la population. Ils sont deux fois et demi environ plus atteints par la tuberculose, à en juger par le taux de mortalité par cette maladie fortement élevé chez eux. D'après les statistiques officielles, il atteint le chiffre de 35 pour 10.000 habitants, alors qu'il n'est que de 14 pour les européens et de 9 pour les israélites.

A noter que ces statistiques, établies pour la ville de Tunis, par le Bureau d'Hygiène, sont loin de correspondre à la réalité pour les musulmans et aussi pour les israélites, car les parents consentent très rarement à faire la déclaration de la cause du décès, la tuberculose étant considérée par eux comme une maladie honteuse, une véritable tare qui jette le discrédit sur toute la famille et qu'on cache soigneusement.

D'ailleurs, l'examen comparatif des statistiques sanitaires de certains pays, en 1936, nous montre également que cette mortalité par tuberculose chez les musulmans est très élevée : à Paris la mortalité par tuberculose est de 26 pour 10.000 habitants; au Maroc elle est de 17,7; en Italie, elle est de 9,2; aux Pays-Bas elle est de 5,4; à la Nouvelle-Zélande elle est de 3,87 seulement.

D'autre part, si l'on sait que pour la seule ville de Tunis il existe près de 4.000 tuberculeux musulmans, et que la tuberculose cause à elle seule 1/3 de plus de décès que toutes les maladies épidémiques réunies, on comprend facilement la gravité de cette maladie en milieu musulman.

Les statistiques de l'Armée ajoutent encore une preuve à notre démonstration. Placés dans les mêmes conditions de vie, les musulmans sont atteints dans 0,59 % de leur effectif, tandis que les européens dans 0,25 % seulement (1).

De plus, tous les médecins de Tunisie sont d'accord pour constater que le nombre des tuberculeux augmente chaque année dans des proportions inquiétantes, car ces tuberculeux présentent, dans l'immense majorité des cas, une forme ulcéro-caséuse à évolution rapide, à grande virulence et à forte contagiosité. N'étant pas isolés et vivant au milieu de leur famille, ils constituent un véritable danger pour leur entourage.

(1) Voir rapport du Congrès de la Tuberculose de Marseille (1935).

★ ★

On pourrait s'étonner de cette prodigieuse propagation de la tuberculose parmi la population musulmane alors qu'il y a quelques cinquante ans cette maladie était peu répandue ⁽¹⁾. Ce fait s'expliquerait facilement si l'on considère que les classes sociales qui paient actuellement le plus lourd tribut à la tuberculose et qui vivaient auparavant assez aisément, sont actuellement complètement réduites à la misère. Et si le siècle dernier a enregistré parfois des famines véritables décimant la population rurale de toute une région par manque de récoltes, nous constatons par contre qu'actuellement, à la faveur d'un artisanat réduit au néant, d'un commerce local de plus en plus périclitant, d'une agriculture devenue le monopole des sociétés importantes, et des grands propriétaires, la classe pauvre est devenue l'élément prédominant de la population musulmane. Une grande partie de cette population ne vit actuellement que grâce aux secours et subsides du gouvernement et de sociétés de bienfaisance.

Cet état de misère chronique, constaté parmi les populations aussi bien urbaines que rurales, prend sa forme la plus aiguë et la plus poignante pendant les années de mauvaises récoltes, où de véritables famines se déclarent dans les régions les plus éprouvées.

Toute cette population ne mangeant pas à sa faim, présente un organisme à l'état de moindre résistance

(1) Voir rapport du Congrès de la Tuberculose de Marseille (1935).

vis à vis des infections et en particulier vis à vis de la tuberculose.

Ajoutez à cela que ces miséreux, généralement prolifiques, ne peuvent habiter des locaux spacieux, aérés et ensoleillés, et vivent, au contraire, dans de véritables taudis insalubres, presque toujours une seule pièce pour toute une famille.

L'abus du chanvre indien (takrouri), le théïsme, l'héroïnomanie qui se répand de plus en plus parmi notre jeunesse restée sans travail, entrent également en ligne de compte.

Enfin, l'obscurantisme dans lequel cette population a été laissée, et l'ignorance des règles d'hygiène, sont autant de facteurs qui ont contribué à favoriser largement cette extension rapide de la tuberculose parmi la population musulmane.

Comme on le voit, la situation est réellement alarmante.

Les autorités responsables, ont-elles pris des mesures énergiques, efficaces, capables d'enrayer le mal, ou tout au moins de limiter ses dégâts et épargner le reste de la population avant qu'il ne soit trop tard? Nous répondrons à cette question après avoir passé en revue et analysé l'armement antituberculeux actuel de la Tunisie, pour voir s'il répond véritablement aux besoins de la population musulmane.

ARMEMENT ANTITUBERCULEUX ACTUEL DE LA TUNISIE

Jusqu'en 1931, la lutte antituberculeuse n'était nullement envisagée par le Gouvernement. Aucun organe de dépistage, aucune œuvre de prévention de l'Enfance ou de l'Adulte; les tuberculeux musulmans dépistés au hasard des consultations des hôpitaux ou des médecins, étaient parqués dans une des vieilles salles de l'Hôpital Sadiki, manquant d'air et de soleil, attendant avec résignation l'heure fatale.

I. — ORGANE D'ISOLEMENT ACTUEL DES TUBERCULEUX

Tout dernièrement, sur les 10 millions accordés par le Parlement français à la Tunisie, à l'occasion du cinquantenaire du Protectorat, pour organiser la lutte antituberculeuse pour les musulmans, on a prélevé une bien maigre somme pour construire des baraquements à

l'hôpital de la Rabta. Ces baraquements sont destinés aux tuberculeux musulmans cachectiques ramassés dans les zaoulas ou les foundouks.

« Les médecins de Tunis donnent le nom suggestif de crevatorium à ces baraquements qui sont de véritables antichambres de la mort. » (Dr Hayat.) Il existe au total 84 lits environ dans ces baraquements pour les tuberculeux pulmonaires et extra-pulmonaires. Et à titre d'exemple nous pouvons dire qu'il y est passé, en 1936, 297 tuberculeux pulmonaires.

Pour le resté de la Tunisie, il n'existe aucun pavillon ou salle d'hôpital pour les tuberculeux musulmans. à part 30 lits à l'Hôpital de Bizerte, recevant les tuberculeux de toutes les origines.

D'après un principe universellement admis, il faut au minimum autant de lits de tuberculeux qu'il y a de décès annuels par tuberculose. Pour la seule ville de Tunis, il faudrait donc près de 500 lits et pour le reste de la population tunisienne où la mortalité tuberculeuse n'est pas moins élevée, il faudrait près de 10.000 lits! Or, nous ne disposons actuellement pour toute la Tunisie, que d'une centaine de lits!

II. — ORGANE DE DEPISTAGE

(Ligue antituberculeuse).

Ce n'est qu'en 1931 que les autorités commencèrent à envisager la prévention antituberculeuse; la Ligue antituberculeuse vit alors le jour.

Fondée le 23 mars 1931, autorisée par arrêté du 15 mai et reconnue d'utilité publique par décret du 2 juin, la Ligue mène une existence complètement léthargique pendant cinq années consécutives. Jusqu'en 1936 rien ou à peu près n'a été fait; du 4 octobre 1932 jusqu'en juin 1936, un seul dispensaire fonctionnait au ralenti, à la fois pour les musulmans, les israélites et les européens; mais en réalité très peu fréquenté par les musulmans.

Ce dispensaire était loin d'avoir une activité appréciable, à en juger par les chiffres suivants pour l'ensemble des malades : en 1933 il n'y eut que 340 tuberculeux diagnostiqués, 984 visites à domicile et 403 démarches faites.

En 1936, la Ligue, ayant compris que des mesures de prophylaxie ne pouvaient être uniformes pour les divers éléments de la population tunisienne, a pris l'heureuse initiative de scinder cet unique dispensaire en trois dispensaires annexés aux trois hôpitaux de Tunis (français, musulman et italien), correspondant aux trois éléments les plus importants de la population; le dispensaire français devait recevoir la clientèle française et israélite.

Elle a confié la direction de chacun de ces dispensaires à un médecin appartenant à la fraction de la population dont il a la charge. Le personnel de ces dispensaires se compose en outre de 4 infirmières visiteuses et 3 aides-infirmières.

Pour ne pas sortir du sujet, nous ne parlerons que du dispensaire musulman de Tunis.

A) DISPENSAIRE MUSULMAN DE TUNIS

Ce dispensaire est loin d'être conçu selon le type Calmette. Installé dans des locaux peu spacieux, attenant à l'hôpital musulman de Tunis, il ne peut se suffire à lui-même et bénéficie largement du voisinage de l'hôpital. Son personnel comprend un médecin, une seule infirmière-visiteuse et une aide-infirmière.

Il est naturel qu'un pareil dispensaire ne peut rendre que des services bien réduits et ne peut avoir qu'une activité bien limitée. Voici, à titre d'exemple, des chiffres bien significatifs. Pour l'année 1936, il n'y eut que 516 tuberculeux diagnostiqués, 991 visites à domicile; quant aux démarches faites elles atteignent à peine le chiffre 135. Aucune distribution de crachoirs ou de liquide antiseptique; aucun secours en espèces ou en nature n'est accordé aux malades, qui ont à leur charge une famille le plus souvent nombreuse. Et le médecin ne peut obtenir d'eux qu'ils interrompent leur travail pour suivre une cure libre ou pour entrer à l'hôpital.

Quant à l'assistance à domicile, une seule infirmière-visiteuse, ne peut naturellement pas faire face à une besogne aussi importante.

B) DISPENSAIRES POLYVALENTS

En plus de ce dispensaire, qui mérite à peine le nom de dispensaire antituberculeux, unique pour toute la Tunisie, il existe quatre dispensaires polyvalents s'occupant à la fois de tuberculose, de syphilis, de blennorragie, de maladies de l'enfant, de trachome et même de médecine générale, et dirigés chacun par un seul médecin à plusieurs spécialités. Ce sont :

le dispensaire de Sousse (ouvert en 1936);

le dispensaire de Sfax (ouvert en 1936);

le dispensaire du Kef

et le dispensaire de Bizerte (ouverts depuis quelques mois)

Ces quatre dispensaires ne peuvent assurer sérieusement cette charge multiple; à plus forte raison celle de s'occuper avantagement de la lutte antituberculeuse.

III. — OEUVRES DE PREVENTION DE L'ENFANCE

Emprisons-nous de dire que ces œuvres, dirigées par la Ligue, ne concernent nullement la clientèle musulmane. Jusqu'ici rien n'a été fait pour assurer la prévention antituberculeuse pour nos enfants qui sont de beaucoup les plus nombreux. Il n'existe ni préventoria, ni colonies de vacances, ni écoles de plein air.

Pour les enfants européens et israélites, il existe actuellement deux préventoria et quelques colonies de vacances dirigées par la Ligue :

Le préventorium de Zagouan (préventorium de montagne), créé en 1933, ouvert 5 mois par an, du 15 mai au 15 octobre, ne reçoit que 10 à 12 jeunes filles de 7 à 25 ans.

Le préventorium de Bizerte (préventorium marin), créé en juillet 1932, ouvert toute l'année, reçoit les enfants des deux sexes de 5 à 15 ans. 70 enfants y séjournent en moyenne par an.

A côté de ces deux préventoria de la Ligue, il existe une œuvre privée, le *préventorium du Kram*, réservé également aux européens et subventionné par le gouvernement.

Colonies de vacances

Il en existe six : celles de Aïn Draham, Zagouan, Enfidaville, Djebel Ressas, Bizerte et La Goulette.

Ecoles de plein air

Il en existe 3, créées par la Direction de l'Enseignement et pouvant recevoir 447 enfants.

Budget de la Ligue

267.000 fr. Direction de l'Intérieur.

28.000 fr. Ville de Tunis.

295.000 fr. Total (1937).

De plus, la campagne du Timbre antituberculeux a rapporté, pour l'année 1936, la somme de 172.000 fr.

La plus grande partie du budget de la Ligue va à la prévention : vaccination par le B.C.G., préventoria, colonies de vacances; le reste est réservé au fonctionnement de la Ligue.

★ ★

En résumé, l'armement antituberculeux pour l'élément musulman en Tunisie, est encore tout à fait rudimentaire, aussi bien pour le dépistage, que pour l'isolement des tuberculeux contagieux et la prévention de l'enfance.

1) *Comme organes de dépistage*, un seul : le dispensaire antituberculeux musulman de Tunis; les 4 dispensaires polyvalents ne pouvant rendre de services appréciables.

2) *Comme organes d'isolement*, il existe à peine 84 lits pour les tuberculeux pulmonaires et extra-pulmonaires, pour une population évaluée à plus de 2 millions d'habitants.

3) *Quant aux œuvres de prévention* de l'enfance, elles n'existent encore pas pour les musulmans.

★ ★

Comme on le voit, si un semblant d'efforts a été déployé par la ligue depuis 1935 pour organiser la prévention pour l'élément musulman, ces efforts restent encore très insuffisants.

De plus, il est pénible de constater que le comité de la Ligue qui comprend en particulier des représentants du Gouvernement, ne semble pas faire l'effort nécessaire en faveur de l'élément musulman, alors qu'il représente le nombre et qu'il est de beaucoup le plus atteint. Il est vrai que la lutte antituberculeuse s'avère plus difficile en milieu musulman, comme nous le mon-

trerons plus tard. Mais est-il admissible de renoncer à une œuvre sociale capable de sauver des milliers de vies humaines, sous prétexte que cette œuvre est supposée présenter des difficultés dans sa réalisation ?

De toute façon, nous avons grand espoir de voir bientôt les dirigeants éminents de la Ligue combler cette lacune dans leur activité philanthropique. Leur travail ne fait que commencer ; la tâche qu'ils auront à accomplir est immense, s'ils veulent réellement juguler la propagation de la tuberculose parmi la population musulmane.

Mais la Ligue, empressons-nous de le dire, ne peut développer son activité sans une aide sérieuse, morale et matérielle du gouvernement. Car si la Ligue doit pourvoir au fonctionnement de toutes les œuvres de prévention de l'adulte et de l'enfant, c'est au gouvernement qu'en incombe la création. D'autre part, la Ligue ne peut compter sur l'initiative privée en Tunisie pour alimenter son budget qui doit être largement subventionné par le Gouvernement et les municipalités. Or, la subvention accordée actuellement par la Direction de l'Intérieur est bien minime. Quant à la Ville de Tunis, nous nous étonnons de la voir allouer un crédit aussi dérisoire à la Ligue, alors que son budget est loin d'être déficitaire.

Cette situation alarmante que nous venons de décrire a été remarquée par beaucoup de médecins de Tunisie. Et à ce propos, nous nous faisons un plaisir de reproduire ici des extraits de l'article magistral du

D^r Hayat, paru en décembre dernier dans un quotidien de Tunis, Membre éminent de la Ligue, il adresse un appel pathétique au Gouvernement en faveur des tuberculeux musulmans :

« Rien n'a été fait jusqu'ici en Tunisie en faveur de l'élément musulman dans la lutte entreprise contre la tuberculose, du moins dans le domaine du traitement : pas de préventorium, pas de sanatorium ni le moindre hôpital spécialisé...

« A l'Hôpital Civil Français, sur les hauteurs voisines de la Colline de la Rabta, au milieu d'un parc planté de grands arbres et entouré d'un beau jardin, on a érigé tout dernièrement, et à grands frais, un magnifique et immense monument. C'est le Centre de Phtiothérapie...

« Dans ce pavillon-dispensaire, les tuberculeux bénéficieront des avantages de cures les plus modernes : traitement par PNO, traitement par les agents physiques, traitement par les nouveaux procédés de la chirurgie pulmonaire... sans préjudice du traitement par la cure d'air grâce à des galeries ouvertes, belles et gaies, qui longent la longue façade de cet édifice superbe.

« Or, dans cet établissement, les musulmans tunisiens ne seront pas admis...

« Le Parlement français a — en connaissance de cause — fait en faveur de cet élément tunisien un geste de générosité qu'il importe de rappeler. C'était en 1931 : à l'occasion du Cinquantenaire du Protectorat, nos parlementaires ont voté une somme de 10 millions de francs

qui devait être affectée en Tunisie exclusivement à la lutte antituberculeuse en milieu musulman.

« Qu'a-t-on fait de ces fonds? Et quelle est l'installation comprenant l'armement antituberculeux nécessaire qui a été fondée avec cet argent pour répondre à la volonté des Représentants du Peuple français de venir au secours du pauvre tuberculeux tunisien...

« Je réclame, en matière de tuberculose, l'application d'une politique de droit commun en faveur de nos concitoyens musulmans. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à un appel aussi pathétique et désintéressé venant de la part d'un confrère israélite et nous avons grand espoir de voir les autorités y répondre favorablement et entrer bientôt dans la voie des réalisations, en traçant un programme minimum de lutte antituberculeuse.

DIFFICULTÉS DE LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE EN TUNISIE

Sans vouloir trouver des excuses à ceux qui ont la charge d'assurer la lutte antituberculeuse, nous pouvons dire néanmoins que la tâche qui leur incombe est plus difficile en Tunisie que dans tout autre pays.

La pauvreté des gens, dont nous avons parlé précédemment, ne leur permet pas d'arrêter leur travail et de venir consulter dès la première alerte; ils continuent, au contraire, à travailler jusqu'à la dernière limite, pour subvenir aux besoins d'une famille nombreuse.

Les locaux étroits et insalubres où se trouve entassée toute une famille, interdisent tout isolement en milieu familial; d'où la nécessité de créer de toute urgence le plus grand nombre de lits d'hospitalisation.

Ajoutez à cela l'ignorance quasi totale des règles d'hygiène, qui demande à être combattue par une propagande éducative intense.

Ces difficultés s'aggravent encore quand il s'agit des populations rurales, généralement plus pauvres, moins évoluées, groupées en agglomérations plus ou moins importantes, souvent clairsemées sur une grande étendue et parfois même nomades. Elles constituent les 3/4 environ de la population du pays ⁽¹⁾.

Enfin, les crédits affectés à l'Hygiène prennent une place malheureusement peu importante dans le budget : la tuberculose n'est pas le seul fléau dont on a à souffrir en Tunisie : le paludisme, le trachome, le typhus, la syphilis, causent autant de ravages que la tuberculose. Et il est naturel que ces crédits ne puissent faire face simultanément à toutes ces calamités. C'est ce qui explique que le gouvernement puisse opter pour des solutions palliatives, telles que la création de quelques rares dispensaires polyvalents. Mais, à notre sens, ces solutions palliatives ne peuvent que donner l'illusion d'avoir fait œuvre utile. Pour pouvoir arrêter cette propagation désastreuse de la tuberculose parmi notre population, il faut plutôt des mesures radicales et véritablement efficaces, proportionnées aux ravages causés par ce mal. Ces mesures, nous essaierons de les décrire dans le chapitre suivant, en tenant compte néanmoins de toutes les considérations envisagées à propos de la difficulté de la prophylaxie antituberculeuse en Tunisie, et surtout des possibilités budgétaires du pays.

(1) Les populations rurales ont été évaluées à 1.858.359. (*Revue de Politique étrangère* : Evolution du peuplement en Afrique du Nord, par L. Paye.)

PROGRAMME QUE NOUS PRÉCONISONS

Il est certain que le système de lutte antituberculeuse, adopté par tous les états modernes et ayant fait ses preuves, est le plus propice pour n'importe quel pays. Mais il serait prétentieux de notre part de vouloir l'appliquer intégralement et d'emblée sur toute l'étendue du territoire tunisien. Nous ne pouvons malheureusement qu'envisager actuellement une solution intermédiaire rapprochée le plus de ce système standard.

Dans le programme que nous proposerons, nous parlerons successivement de l'organisation du dépistage des tuberculeux, de leur isolement et de leur traitement, de la prophylaxie antituberculeuse proprement dite, qui comprendra la prévention de l'enfance et les problèmes généraux d'hygiène et de salubrité publiques.

Ce programme sera à réaliser par *étapes successives*, la première comprenant toutes les mesures urgentes à prendre.

Dans chacune de ces étapes, il est évident que les différents organismes présidant à la lutte antituberculeuse seront développés harmonieusement : la création d'organes de dépistage marchera de pair avec la création d'organes d'isolement et de traitement.

Voici, schématiquement, les grandes lignes de ce programme :

1-° La lutte antituberculeuse en Tunisie sera toujours dirigée par la Ligue antituberculeuse, qui sera aidée largement et épaulée judicieusement par le Gouvernement lui-même. Des sous-comités régionaux seront créés sur tout le territoire tunisien.

2-° Le territoire tunisien sera divisé en *régions sanitaires* qui ne correspondront pas nécessairement à la répartition administrative actuelle, régions plus ou moins étendues selon la densité de la population et l'importance des agglomérations urbaines ou rurales qu'elles grouperont.

Dans chacune de ces régions, un centre antituberculeux sera institué. Il comprendra :

a) Un *pavillon d'hospitalisation* installé dans l'hôpital de la région.

b) Un *dispensaire antituberculeux* principal, juxtaposé.

Ce centre antituberculeux, dirigé par le sous-comité

régional de la Ligue, sera le pivot de la lutte antituberculeuse de toute la région.

Il sera aidé dans sa tâche par les *dispensaires auxiliaires* installés dans toutes les agglomérations importantes urbaines et rurales, et en rapport avec les centres hospitaliers locaux. Ces dispensaires ne seront pas nécessairement antituberculeux; ils peuvent être polyvalents au début de leur création.

Des *services d'hygiène ambulants* seront également créés et permettront d'atteindre la clientèle rurale et même nomade (1).

★ ★

Examinons maintenant en détail les différents organismes que doit comporter un centre antituberculeux régional.

1° ORGANE D'ISOLEMENT ET DE TRAITEMENT DES TUBERCULEUX

Chaque centre antituberculeux régional sera pourvu d'un service d'hospitalisation important; car nous avons démontré précédemment que l'isolement des tuberculeux musulmans est à la base de toute prophylaxie antituberculeuse en Tunisie. Dans une première étape, il sera constitué par un *Pavillon spécial* recevant tous les tuberculeux de la région, dépistés par les différents dispensaires. Par la suite, avec le développement de toutes les mesures de prophylaxie antituberculeuse, et

(1) Voir *Bulletin de l'U. I. contre la tuberculose*, vol. XIV n° 3, rapport du Dr Masselot (juillet 1937).

en rapport avec les besoins de la région, ce pavillon laissera place à un véritable *Hôpital-Sanatorium* construit dans la banlieue de la ville.



2° ORGANE DE DÉPISTAGE DES TUBERCULEUX

(Dispensaire antituberculeux principal.)

Le dispensaire type Calmette constitue la formule de dispensaire la plus appropriée pour la Tunisie; en effet, la clientèle musulmane étant quelque peu réticente et peu évoluée, ce genre de dispensaire l'attirerait et la retiendrait facilement par les soins qu'il prodigue et les médicaments qu'il donne gracieusement; il dépistera ainsi aisément les tuberculeux contagieux, fera leur éducation hygiénique et celle de leur entourage, assurant ainsi la prévention autour du malade.

Rappelons les principes fondamentaux qui doivent présider à l'organisation d'un dispensaire type Calmette.

Tout le monde sait que ce dispensaire doit assurer les services suivants :

a) *Un service de consultation et d'assistance au dispensaire.*

Le dispensaire doit être dirigé par un personnel médical autant que possible spécialisé en phtisiologie, qui doit examiner les malades, dépister les tuberculeux contagieux; l'examen des crachats devant être fait

au dispensaire même, ainsi que les examens radiologiques.

Il doit prodiguer à sa clientèle des conseils d'hygiène, régler son existence, faire en un mot son éducation antituberculeuse.

Des crachoirs et des liquides antiseptiques seront distribués aux malades, avec toutes les indications nécessaires.

Enfin, le dispensaire doit réserver une partie de son budget pour les subsides en espèces et en nature (vêtements, aliments).

Il doit se mettre en rapport avec les sociétés de bienfaisance de la localité, pour leur indiquer les nécessaires de sa clientèle.

b) *Un service d'Assistance à domicile.*

Là encore la tâche qui incombe au dispensaire est de grande importance. Il doit suivre les malades chez eux, surveiller l'application des principes et conseils donnés à la consultation, organiser la prophylaxie familiale, faire une enquête approfondie sur les conditions de vie du malade et de sa famille pour faciliter la tâche du médecin dans son action éducatrice, en lui indiquant les besoins particuliers de chaque malade.

Ce rôle doit être rempli par des infirmières-visiteuses connaissant suffisamment la langue du pays et la mentalité de la clientèle et pouvant pénétrer facilement dans leur milieu; ce qui leur permettra de recueillir

lir tous les renseignements utiles au médecin, et même de dépister les autres foyers de tuberculose qu'elles signaleront au dispensaire.

c) Service de Désinfection.

Il n'est nullement nécessaire qu'un service de désinfection doive faire partie du dispensaire même. Néanmoins, le dispensaire doit être en rapport permanent avec les services de désinfection de la Municipalité, pour leur signaler les malades contagieux ou les décès de malades contagieux.

Cette désinfection doit intervenir dans trois cas :

1° Au cours de la maladie.

On recommandera aux malades de désinfecter leurs locaux complètement, ou tout au moins par simple lavage avec des antiseptiques fournis par le Dispensaire.

Nous demanderons également au Dispensaire de veiller à la désinfection du linge du malade une fois par semaine; ce linge devant être bouilli et rangé à part; cette désinfection pouvant être faite au Dispensaire dans une buanderie spéciale.

2° Après déménagement.

Un local laissé vacant par un tuberculeux devra être signalé systématiquement au service de désinfection de la ville.

3° Après décès.

L'habitation doit être désinfectée; le Dispensaire déclarera tous les décès de ses clients.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'organisation d'un dispensaire antituberculeux type Calmette. Nous insisterons sur quelques particularités que doit présenter une telle institution pour être adaptée à la lutte antituberculeuse en milieu musulman.

1° *Le médecin-chef* doit être, cela va sans dire, un phthisiologue et sinon musulman, du moins parlant parfaitement l'arabe.

2° *Les infirmières-visiteuses* doivent être à même de pouvoir parler couramment la langue arabe; elles doivent connaître à fond la mentalité de la clientèle, ses coutumes et mœurs, pour pouvoir s'introduire facilement dans les familles musulmanes, sans quoi elles ne pourraient pas jouer leur rôle si important dans la prophylaxie antituberculeuse.

3° Les tuberculeux musulmans étant très pauvres, et le plus souvent des soutiens de famille, des *secours en espèces et en nature* doivent être largement distribués. Tout le monde sait qu'en Tunisie il n'existe pas d'Assurances sociales, ni de Fonds de chômage pour les travailleurs; la Ligue antituberculeuse doit donc veiller à ce que la famille des tuberculeux obligés d'interrompre leur travail trouve de quoi subvenir à ses besoins. Nous préconisons à cet effet la création d'une Caisse spéciale auprès de chaque dispensaire, alimentée par la Ligue elle-même, par les différentes sociétés de bienfaisance locales et capable de recevoir des dons privés. Cette Caisse serait placée entre les mains du Comité régional de la Ligue. Les familles pauvres des tuberculeux en

traitement devraient être également signalées aux autorités locales, pour qu'elles soient inscrites en tête de la liste des familles à secourir.

4° Le Dispensaire doit veiller tout particulièrement à la *désinfection*. En plus de la distribution des crachoirs et des liquides antiseptiques, le Dispensaire doit surveiller la désinfection du linge des tuberculeux et surtout des locaux qu'ils habitent.

5° Enfin, nous ne saurions insister trop sur l'éducation antituberculeuse de la clientèle, qui doit être la tâche primordiale du médecin et des infirmières-visiteuses, demandant de leur part des qualités de persuasion et beaucoup de patience, de tact et de persévérance.

Ainsi conçu, le Dispensaire antituberculeux ne peut que rendre des services appréciables.



RÉPARTITION DES CENTRES RÉGIONAUX SUR LE TERRITOIRE TUNISIEN

L'examen d'une carte démographique de la Tunisie montrerait que près des 9/10^e de la population se sont groupés dans les régions fertiles : le Nord, la Vallée de la Medjerdah, le Sahel, où existent d'ailleurs les villes les plus importantes. Il est donc naturel que ces centres antituberculeux soient créés dans les différentes capitales de ces régions. C'est d'ailleurs sur ce choix que s'est arrêté le Gouvernement pour instituer les différents hôpitaux et dispensaires actuels.

Ces centres seront donc à créer dans les villes suivantes :

Tunis;
Bizerte;
Le Kef;
Sousse;
Sfax.

A *Tunis*, il existe déjà un centre antituberculeux, nous en avons parlé longuement, et nous avons montré les lacunes qu'il présente. Ce centre serait à transformer selon la formule que nous préconisons; son dispensaire devrait fonctionner à l'image d'un dispensaire type Calmette.

Quant à l'hospitalisation des tuberculeux de Tunis, un hôpital-sanatorium est à créer de toute urgence dans la banlieue de Tunis; nous en parlerons plus loin.

A *Sfax*, ville de 90.000 habitants, capitale du Sud, où il existe déjà un hôpital important, muni d'un dispensaire polyvalent, le centre antituberculeux aura à desservir tout le sud; il devra comprendre un pavillon hospitalier d'une centaine de lits au minimum, et un dispensaire antituberculeux autonome.

A *Bizerte*, au *Kef*, à *Sousse*, il existe également un dispensaire polyvalent, surchargé de travail et ne pouvant faire face à cette œuvre de prophylaxie multiple. La création d'un dispensaire antituberculeux autonome ne saurait tarder.

En même temps, un pavillon hospitalier adjacent à

ce dispensaire sera à aménager également et comprendra un minimum de 50 lits.

Au total, 5 dispensaires antituberculeux autonomes et 250 lits constitueront, avec l'Hôpital-sanatorium de Tunis, la première étape de l'armement antituberculeux que nous proposons.

Nous ne croyons pas sortir du domaine des réalités en demandant pareilles réalisations.

DISPENSAIRES AUXILIAIRES

Ces dispensaires régionaux, avec leurs services hospitaliers, ne peuvent atteindre que la clientèle des cinq villes citées précédemment. Le reste de la population du pays, qui est frappé au même degré par la tuberculose, ne peut être tenu en marge de la lutte antituberculeuse.

Pour l'atteindre, la création des dispensaires auxiliaires clairsemés sur tout le territoire, et même des services d'Hygiène ambulants, nous paraît absolument nécessaire.

C'est ce qui constituera la *deuxième étape de notre programme*.

Dans l'état actuel des choses, nous ne pouvons demander que ces dispensaires soient uniquement antituberculeux. Ils pourraient être organisés provisoirement à l'image des dispensaires polyvalents actuels, et assurer ainsi la prophylaxie d'autres maladies en même temps que celle de la tuberculose.

Ces dispensaires permettront d'étendre le champ

d'activité des dispensaires principaux et toucheront plus facilement les populations rurales qui viendront consulter, surtout les jours de marché. Ils recevront leur directive des dispensaires principaux.

Le choix des centres urbains ou ruraux où seront institués ces dispensaires nous paraît facile : toutes les agglomérations de plus de 5.000 habitants devront être pourvues d'un dispensaire auxiliaire, à commencer par les plus importantes. Et ils sont une vingtaine dans toute la Tunisie.

Il serait heureux que tous ces dispensaires possèdent un appareillage et un matériel complet (radio-laboratoire) pour mener à bien le dépistage des tuberculeux. Pour ceux qui ne seraient pas bien équipés, un *service d'Hygiène ambulante régional* comblerait cette lacune.

SERVICE D'HYGIÈNE AMBULANT RÉGIONAL

Ce service sera dirigé par un médecin spécialiste; il comprendra une voiture radiologique et un matériel de laboratoire pour examen de crachats. Il visitera périodiquement tout dispensaire auxiliaire ayant besoin de ses services, à jour fixe, de préférence un jour de marché. Tous les suspects venus aux consultations seront convoqués ce jour-là; le dispensaire auxiliaire jouant ainsi le rôle de centre de triage.

Ces services ambulants seront également d'un précieux concours pour les agglomérations de moins de 5.000 habitants où il n'existe pas de dispensaire. Des

consultations seront organisées par ce service dans un local de fortune le jour de marché.

La plus grande partie de la population rurale du pays pourra ainsi être atteinte par les centres antituberculeux de la région.

★
★★

En même temps que l'organisation et le développement de ces dispensaires auxiliaires et des services ambulants, les services hospitaliers de tuberculose de la région devront s'agrandir parallèlement et progressivement, selon le besoin de placement des dispensaires : les pavillons hospitaliers régionaux devront laisser place à de véritables hôpitaux-sanatoriums, installés dans la banlieue de chaque capitale de région ; des salles seront aménagées pour les tuberculeux dans les différents hôpitaux-infirmes de la Tunisie.

★
★★

La troisième et dernière étape de notre programme comprendra un équipement complet et des plus perfectionnés de lutte antituberculeuse, tel qu'en possèdent tous les états modernes.

HOPITAL-SANATORIUM DANS LA BANLIEUE DE TUNIS

Il est pénible de constater que jusqu'ici la Tunisie ne possède pas d'établissement de cure ; les tuberculeux susceptibles de guérison, porteurs de P.N.O et justiciables de la cure de repos, ne veulent à aucun prix être

hospitalisés à la Rabta, à cause de sa réputation d'asile d'incurables voués à la mort. D'ailleurs, le nombre de lits existant ne saurait suffire.

La Tunisie devra donc être dotée de toute urgence d'un établissement de cure. *Cet établissement sera-t-il un sanatorium ou un hôpital-sanatorium?*

Toutes les commissions qui se sont occupées de la question depuis la mission Evrot de 1928, se sont montrées hostiles à la création d'un sanatorium en Tunisie, comme d'ailleurs en Algérie. Toutes les études faites sur la question démontrent que les conditions climatiques nécessaires pour l'établissement d'un sanatorium n'existent dans aucune région de la Tunisie : sécheresse, luminosité, ensoleillement, absence de brouillard et de vents.

Dans les régions montagneuses, par exemple les Khroumîrs, les vents sont permanents, violents et humides, les brouillards sont fréquents. Les plaines sont marécageuses et infestées de paludisme, quand elles ne sont pas sujettes à de brusques variations de température.

Pour notre part, nous pensons que la question de création d'un sanatorium n'est pas à écarter définitivement; surtout qu'il n'existe actuellement aucune étude complète et approfondie des conditions climatiques des différentes régions de la Tunisie, et que les tuberculeux musulmans supporteraient plus facilement le climat de leur pays natal, malgré ses défauts, que le climat idéal des stations de Savoie, par exemple.

De toute façon, dans l'état actuel des choses, et en attendant cette étude climatique, la Tunisie ne peut se permettre la création d'un sanatorium, institution trop coûteuse pour les services qu'elle peut rendre à la clientèle musulmane, qui manque même de lits d'hôpitaux. Et à notre avis, la meilleure formule actuelle d'établissement de cure serait l'hôpital-sanatorium. Cette institution présentera à la fois les avantages d'un hôpital et ceux d'un sanatorium au point de vue de son aménagement, de l'alimentation, de la discipline. De plus, recevant les tuberculeux de toutes les catégories et abritant côte à côte les curables et les chroniques, il permettra aux uns d'être traités avantageusement et de reprendre leur activité, et aux autres d'être isolés, de recevoir les soins nécessaires, tout en gardant l'espoir d'une guérison éventuelle.

Cet hôpital-sanatorium aura une centaine de lits au minimum et sera construit dans la banlieue de la capitale, pour éviter aux malades des transports fatigants et d'être séparés de leur famille par de grandes distances. Il desservira également dans la mesure du possible la clientèle des autres centres antituberculeux de la Tunisie.

Quel sera l'emplacement de cet hôpital-sanatorium? La colline de la Rabta ou l'Ariana? Sa construction à la Rabta coûtera moins cher, car il pourra bénéficier de tous les services généraux de l'Hôpital Ernest-Conséil. Mais la Rabta attirera moins facilement la clientèle, car elle garde toujours sa réputation d'héberger les conta-

gieux, les chroniques condamnés à périr, sans aucun espoir de guérison.

L'Ariana a été reconnue de tout temps comme l'endroit le plus favorable à la guérison de la tuberculose; rien ne prouve d'ailleurs que cette appréciation empirique ne soit pas justifiée. L'Ariana est un petit village à 6 km. de Tunis, placé dans un site des plus agréables, au milieu d'une forêt d'oliviers, abrité des vents par une ligne de collines et où l'hiver est très doux.

D'ailleurs, en 1936, le Gouvernement a étudié le projet de création d'un Sanatorium dans les environs de l'Ariana. La Société de l'ancien hôpital israélite de Tunis a même accepté de céder gracieusement une parcelle d'un beau domaine destiné à la création d'un centre antituberculeux israélite. Nous sommes en 1938, ce projet dort encore dans les dossiers de la Direction de l'Intérieur; le budget de l'année qui commence vient d'être voté, aucune trace de crédits pour la création d'un établissement de cure pour les musulmans.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de doter la Tunisie d'un tel établissement, construit à l'image de celui qui a été inauguré en 1937 dans l'enceinte de l'Hôpital Civil français pour les tuberculeux européens et israélites.

PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE PROPREMENT DITE

Nous parlerons dans ce chapitre de la prévention de l'enfance, de la propagande éducative de la masse, et des problèmes généraux d'hygiène et de salubrité publiques.

I. — *PREVENTION DE L'ENFANCE*

Nous savons que la préservation de l'enfance est une des principales armes de toute lutte antituberculeuse. En effet, l'enfant étant plus exposé que l'adulte à la contagion, il doit être protégé davantage. On doit donc l'éloigner des foyers de contamination et le placer dans les conditions les plus favorables pour échapper à la maladie. S'il est encore indemne de toute imprégnation bacillaire, il sera placé en milieu sain, c'est le placement familial. S'il a été contaminé et s'il présente des signes d'infection tuberculeuse latente,

curable et non contagieuse, il sera placé dans un pré-ventorium.

Nous avons constaté précédemment que si des œuvres de prévention de l'enfance ont été créées en Tunisie pour l'élément européen, rien n'a été fait jusqu'ici pour l'élément autochtone.

Nous allons passer en revue les différents modes de préservation de l'enfance, pour ne retenir que ceux pouvant s'appliquer en Tunisie.

1° PLACEMENT FAMILIAL

Le placement familial, individuel nous paraît difficilement réalisable en Tunisie, ainsi que le *placement collectif*, par trop coûteux.

2° ÉCOLES DE PLEIN AIR. COLONIES DE VACANCES

Par contre, les *écoles de plein air*, internat ou externat, nous paraissent la formule la plus heureuse de placement des enfants sains, exposés à la contagion.

Ces écoles sont placées sous le contrôle médical et dirigées par un pédagogue. Des écoles de plein air devraient donc être créées par la Direction de l'Enseignement pour les enfants musulmans, au moins une pour commencer, dans la banlieue de Tunis.

Il est à souhaiter également que des *colonies de vacances* soient largement organisées tous les ans en Tunisie, pour les musulmans.

3° PRÉVENTORIA

Les Préventoria sont des établissements situés à la campagne où des enfants, le plus souvent exposés à la contagion familiale, non fébricitants, non contagieux, atteints de formes initiales latentes et curables de tuberculose extra-pulmonaire sont soumis, en régime d'internat, à une hygiène spéciale, constituée par une alimentation surveillée, une aération continue et une association de repos et d'entraînement physique et intellectuel, respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue (1).

Dans le programme que nous préconisons, la création de préventoria constitue un chapitre important; et il est à souhaiter que chacune des 5 régions sanitaires dont nous avons parlé soit munie de son préventorium, marin ou de montagne. Mais en attendant, la Tunisie devra être dotée au moins d'un *seul préventorium* d'une centaine de lits.

4° PRÉVENTION ANTITUBERCULEUSE PAR LE B.C.G.

Devant les ravages causés par la tuberculose, et devant l'insuffisance des moyens de lutte actuels, on pouvait penser *à priori* que la vaccination par le B.C.G. apporterait une solution heureuse à ce grave problème. L'Académie des Sciences coloniales a même émis un vœu dans ce sens, il y a quelques années :

(1) Définition adoptée par la Commission permanente de Préservation contre la tuberculose.

« L'Association des Sciences coloniales, prenant acte que, dans le monde entier, plus d'un million de nouveau-nés ont subi la vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G. sans le moindre incident, et que l'efficacité préventive de cette vaccination ne fait plus de doute pour les microbiologistes comme pour les cliniciens;

« Constatant que les vaccinations poursuivies depuis plusieurs années, en Indochine, Madagascar et Afrique Noire, ont donné des résultats pleinement concordants;

« Emet le vœu que la vaccination antituberculeuse par le B.C.G. soit, dans toute la mesure des possibilités présentes, et au fur et à mesure du développement de ces possibilités, appliquée méthodiquement dans tous les hôpitaux, maternités ou formations d'Assistance médicale, existants dans toute l'étendue des colonies, protectorats et pays sous mandats, y compris l'Afrique du Nord. »

Aussi, des efforts ont-ils été déployés par l'O.H.S. de Tunisie, pour intensifier ce moyen de prévention vraiment pratique et peu coûteux. Tout a été fait pour populariser ce vaccin, montrer son utilité et convaincre de son innocuité. Certaines difficultés ont été même aplanies judicieusement : les déclarations de naissance n'étant pas toujours faites à temps par les chefs de quartiers arabes, une prime leur a été accordée pour toute déclaration avant le 10^e jour.

Grâce à cet effort de l'O.H.S. en 1936, les doses de vaccin distribuées par l'Institut Pasteur ont été au nom-

bre de 1191, alors qu'en 1928 elles ont atteint à peine le chiffre 67 (1). On a vu également que la mortalité chez les nouveau-nés vaccinés a été, au cours de la première année, de 38,02 pro-mille, alors que pour les non-vaccinés elle a été de 188,45 pro-mille (2).

Mais des difficultés insolubles surgirent aussitôt qu'on a voulu appliquer la vaccination sur une longue échelle; on s'est aperçu de l'impossibilité quasi totale de pouvoir soustraire, dans la plupart des cas, l'enfant vacciné de la contagion familiale pendant la période allergique. D'ailleurs les doses de vaccin distribuées par l'Institut Pasteur en 1932 atteignaient le chiffre de 1905; en 1936, elles n'atteignaient plus que le chiffre de 1191.

Ainsi cette méthode, en apparence très séduisante, ne peut être généralisée actuellement, jusqu'à supplanter les autres moyens de prophylaxie antituberculeuse.

II. — PROPAGANDE EDUCATIVE DE LA MASSE

Pour assurer la prophylaxie antituberculeuse, il ne suffit pas d'isoler les contagieux dans les services hospitaliers; d'autres mesures aussi importantes consisteront à populariser les notions d'hygiène générale, à montrer les vertus bienfaisantes de l'air, du soleil, de la bonne alimentation, à convaincre que la contagion est à la base de la propagation de la tuberculose. Un mouvement d'opinion sera créé en faveur de cette maladie, qui ne

(1) Archives de l'Institut Pasteur de Tunis.

(2) Compte rendu du Conseil d'O.H.S., 1932.

doit plus être considérée comme une maladie honteuse que l'on cache, mais une maladie qui doit être diagnostiquée dès la première alerte. Une propagande intense se chargera de faire pénétrer les notions pratiques de prophylaxie dans tous les milieux; des causeries à portée de toutes les classes de la société seront organisées dans les salles publiques, les écoles; les prédicateurs (Imams) même, pourraient apporter leur concours en en parlant dans leurs sermons de vendredi; des affiches seront placardées partout, des tracts, des illustrations seront distribués, des articles paraîtront périodiquement dans les journaux, un journal mensuel sera publié et distribué gratuitement.

Un comité de propagande sera créé par la Ligue et assurera spécialement ce rôle si important.

III. — PROBLEMES GENERAUX D'HYGIENE

Assurément, la tuberculose en Tunisie est une maladie sociale au sens le plus profond du mot. Le problème de lutte antituberculeuse est étroitement lié au problème d'hygiène générale, et même aux différents problèmes économiques; et la prophylaxie antituberculeuse dépasse facilement le cadre de la lutte antituberculeuse proprement dite.

En premier lieu, il s'agira de lutter contre *la misère* atroce de la population, en lui procurant les moyens de gagner sa vie : pour les nomades, distribution de terres à cultiver; pour les populations rurales,

secours et prêts de semences; pour les populations du Sud, organisation du régime hydraulique; pour les populations urbaines, encouragement et protection de l'artisanat.

Sans ces mesures urgentes et légitimes, aucune œuvre de prophylaxie antituberculeuse ne peut porter ses fruits véritables.

Le Gouvernement devra également se livrer à la *guerre au taudis*. En effet, le taudis est le mode habituel d'habitation de ces populations pauvres depuis le « gourbi » des bédouins exposé aux intempéries, jusqu'aux logements des ouvriers des usines, faits d'un assemblage de « bidons » et constituant des villages dénommés si expressivement « Bidonvilles », à proximité des capitales; jusqu'aux grottes des populations du sud et jusqu'à l'unique chambre des vieux quartiers arabes qui ne voit jamais le soleil et où grouille toute une famille nombreuse. Cette situation ne peut durer plus longtemps. Des cités ouvrières devraient être construites à proximité des usines et dans les banlieues des villes; certains quartiers arabes devraient être décongestionnés.

La *santé de nos étudiants* de l'Université arabe, « la Zitouna » doit également retenir l'attention des autorités. Certaines des Medersas qui les hébergent actuellement sont munies de chambres étroites et sombres où ils vivent souvent plusieurs à la fois, en dépit de toutes règles d'hygiène. Des cités universitaires mo-

dermes devraient les remplacer au plus tôt grâce aux fonds des habous (biens de mainmorte).

D'autres mesures devront être également prises pour protéger *la santé de nos enfants* : organisation et contrôle des sports, développement de la culture physique dans les établissements d'enseignement, et surtout examen radiologique des poumons, périodique, de tous les écoliers et étudiants de la Zitouna, au dispensaire antituberculeux.

Certaines mesures non moins importantes *concerneront les adultes* : surveillance étroite du trafic clandestin de l'héroïne; prohibition de la vente du takrouri; institution d'une visite périodique facultative au dispensaire antituberculeux de tous les membres des corporations tunisiennes et des différents syndicats tunisiens; exiger un certificat du dispensaire, de tout candidat à un poste de fonction publique, particulièrement à l'Enseignement.

Telles sont, à notre avis, les mesures d'ordre général à prendre d'urgence pour arrêter les ravages de la tuberculose en milieu musulman. Comme on le voit, certaines de ces questions constituent plutôt des problèmes administratifs, économiques ou même politiques; nous n'avons pu que les citer ici, sans pouvoir les développer suffisamment, car ils dépassent largement le cadre de la prophylaxie antituberculeuse proprement dite.

CONCLUSION

L'étude comparative des statistiques sanitaires de tous les pays modernes, montre que la mortalité par tuberculose diminue en raison directe de l'intensité de la lutte antituberculeuse.

En Tunisie, on ne peut donc venir à bout des ravages de plus en plus croissants, causés par la tuberculose en milieu musulman, qu'en établissant un vaste programme de lutte antituberculeuse véritablement efficace.

Nous avons démontré précédemment que l'armement antituberculeux actuel est encore à ses débuts et ne saurait suffire; en effet :

Comme organe de dépistage, il n'existe, pour toute la Tunisie, qu'un seul, fonctionnant au ralenti, le dispensaire antituberculeux musulman de Tunis; les dispensaires polyvalents de Sousse, Sfax, le Kef et Bizerte, ne peuvent compter dans la lutte antituberculeuse.

Comme organe d'isolement et de traitement, il existe à peine 84 lits, destinés à la fois aux tuberculeux pulmonaires et extra-pulmonaires, pour une population de plus de 2 millions d'habitants, alors que le nombre de décès par tuberculose s'élève à plus de 6.000 par an.

Quant aux œuvres de prévention de l'enfance, elles n'existent encore pas pour les musulmans.

★ ★

Comme on le voit, des efforts importants restent à faire dans le domaine de la lutte contre la tuberculose en Tunisie. Le programme que nous proposons nous paraît facilement applicable par étapes successives.

La première de ces étapes comporte des mesures urgentes dont la réalisation ne saurait tarder :

Pour la prévention de l'enfance, création d'écoles de plein air, de colonies de vacances et d'un préventorium.

Pour les adultes, le territoire tunisien sera divisé en cinq régions sanitaires ayant pour capitales respectivement Tunis, Sousse, Sfax, le Kef et Bizerte; dans chacune de ces régions un centre antituberculeux sera créé; il comprendra un dispensaire antituberculeux principal type Calmette et un pavillon d'hospitalisation d'une cinquantaine de lits environ.

En outre un hôpital-sanatorium d'une centaine de lits sera installé dans la banlieue de Tunis.

Tels sont les différents organismes que doit comporter la première étape de notre programme, qui

lient compte presque exclusivement de la clientèle des cinq grandes villes de la Tunisie.

Par la suite, la lutte antituberculeuse devra s'étendre aux populations des villes de moindre importance et même aux populations rurales qui constituent les 3/4 environ de la population totale du pays (1.858.359 h.). L'armement antituberculeux de la Tunisie devra donc se développer progressivement; il comprendra en définitive dans cette 2^e étape, les organismes suivants :

1^o Vingt dispensaires auxiliaires, antituberculeux ou polyvalents, selon l'importance de l'agglomération qu'ils desserviront (un dispensaire pour toute agglomération de plus de 5.000 habitants).

2^o Cinq services d'hygiène ambulants régionaux pour les populations rurales et nomades (comprenant chacun un appareil radiologique et un matériel de laboratoire).

3^o Quatre hôpitaux-sanatorium régionaux.

4^o Quatre préventoria régionaux (marins ou de montagne).

Dans une dernière étape, la Tunisie sera dotée d'un armement antituberculeux aussi complet et aussi perfectionné que possible, tel qu'en possèdent tous les pays modernes.

Telles sont les grandes lignes du programme que nous préconisons; nous ne croyons pas sortir du domaine des réalités en demandant pareilles réalisations.

Ce programme présente certaines particularités sur lesquelles nous devons insister encore une fois. L'éducation hygiénique de la population doit retenir l'attention de la ligue antituberculeuse, plus que dans tout autre pays. D'autre part, la tuberculose en Tunisie étant une maladie sociale au sens le plus profond du mot, la lutte antituberculeuse proprement dite, ne peut donner les résultats escomptés que si, parallèlement on s'attaque aux différents problèmes d'hygiène générale et même à certains problèmes économiques dont nous avons démontré l'importance précédemment. On devra combattre en premier lieu la grande misère des populations urbaines et rurales; sans quoi toute lutte antituberculeuse est vouée à un échec certain.

En examinant un tel programme, on peut se demander si le budget du pays est capable de faire face aux dépenses nécessitées pour sa réalisation. Pour notre part, nous répondons par l'affirmative, sans pouvoir démontrer suffisamment notre point de vue dans cette thèse, car la question, par son côté administratif et politique, dépasse largement le cadre de la prophylaxie antituberculeuse proprement dite, unique objet de notre travail.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU

Vu : le Président de la thèse,
F. BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
C. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. La Tuberculose en Tunisie; projet d'organisation de la lutte antituberculeuse, Par les D^{rs} CONSEIL, GOBERT et MASSELOT. (Brochure éditée par la Direction Générale de l'Intérieur). Décembre 1926.
2. La lutte contre la Tuberculose en Tunisie, par le D^r HENRY. (*Bulletin du Syndicat médical français de Tunisie*. Janvier 1926.)
3. A propos de la lutte antituberculeuse en Tunisie, par le D^r MASSELOT. (*La Tunisie Médicale*. Janvier 1927.)
4. La Tuberculose à la Consultation de l'Hôpital Sadiki, en 1922 et en 1926, par les D^{rs} BROU, BIECHLER et DUPLENNE. (*La Tunisie Médicale*. Juin 1927.)
5. La lutte antituberculeuse en Tunisie : Historique et projet d'organisation, par le D^r HENRY. (*Bulletin du S. M. F. de Tunisie*. Juin 1927.)
6. La lutte antituberculeuse en Tunisie, par le D^r HENRY. (*Bulletin du S. M. F.*, Nov. 1927.)
7. Rapport de la mission des D^{rs} EVROT, CAVAILLON et VIBOREL, présenté au Ministère du Travail, de l'Hygiène et de l'Assistance (1928).

8. La lutte antituberculeuse en Tunisie, par le Dr HENRY. (*Bulletin du S. M. F.*, 1929.)
9. La Tuberculose en Tunisie, par le Dr HENRY. (T. M. Septembre 1929.)
10. Programme d'action de l'O. H. S., par le Dr DENGUEZLI. (T.M., Déc. 1931.)
11. Exposé de plan d'action de l'O. H. S. et de M. P. de Tunisie. (*Bulletin du S. M. F. Juin* 1931.)
12. Le Timbre antituberculeux, par le Dr BROU. (T.M., décembre 1931.)
13. Les tendances actuelles de la lutte antituberculeuse en Tunisie. (T.M. Mai 1932.)
14. La lutte contre la Tuberculose en Tunisie, par les Drs MAZÈRES et MASSELOT. (Congrès de la Fédération des Sociétés Médicales d'Algérie. Alger, 1933.)
15. La pratique de l'H. S. et l'action médicale en Tunisie, par le Dr MOUNERY. (*Thèse*, Lyon, 1934.)
16. La Tuberculose et les juifs tunisiens, par le Dr HAYAT. (T.M. Avril 1935.)
17. La Tuberculose et la lutte antituberculeuse en Tunisie, par les Drs MASSELOT et BLOCH. (8^e Congrès national de la Tuberculose. Marseille, 1935.)
18. La lutte antituberculeuse en Tunisie, par le Dr MASSELOT. (*Bulletin de l'U. I. contre la Tuberculose*. Juillet 1937, vol. XIV, n^o 3.)
19. Statuts de la Ligue antituberculeuse de Tunisie.
20. Organisation de la lutte antituberculeuse en France : Historique, principes, fonctionnement, réalisation, par le Pr LÉON BERNARD.
21. Plan d'organisation de dispensaires antituberculeux en France et dans le département de la Seine. (Rapport au Conseil général de la Seine. Avril 1913.)
22. L'armement antituberculeux dans le département de la Seine en 1937, par R.-H. HAZEMANN. (*Paris Médical*. Janv. 1938.)
23. La Tuberculose au Maroc, par les Drs J. LAPIN et M. BONJEAN. (8^e Congrès national de la Tuberculose. Marseille, 1935.)

24. La Tuberculose et la lutte antituberculeuse en Algérie, par les D^{rs} AUBRY et THIODET. (8^e Congrès de la Tuberculose. 1935.)
25. Les effets et les indications du climat de l'Afrique du Nord en phthisiologie, par G. AUBRY. (*Gazette Médicale de France*, Sept. 1932.)
26. Climats et stations climatiques de l'Afrique du Nord, par G. AUBRY. (*Traité de climatologie*.)
27. Evolution du peuplement en Afrique du Nord. par L. PAYE. (*Revue de Politique étrangère*.)

